

отношении масштабов проблемы НИЗ. Полученные результаты вызвали удивление: 39% людей имели избыточную массу тела или страдали ожирением, 36% страдали повышенным кровяным давлением, а у половины был отмечен низкий уровень физической активности. Эти данные побудили к разработке нового национального плана действий в отношении НИЗ.

Выводы. В Республике Беларусь и в странах ближнего и дальнего зарубежья проводится активная работа по выявлению и устранению основных ФР НИЗ, конечный результат которой направлен на снижение Глобального бремени НИЗ, укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности жизни людей и улучшения качества оказываемых медицинских услуг, а также на повышение активности населения в продвижении местных инициатив по улучшению здоровья [3].

Литература:

1. Глушанко, В. С. Методика изучения уровня, частоты, структуры и динамики заболеваемости и инвалидности. Медико-реабилитационные мероприятия и их составляющие / В. С. Глушанко, А. П. Тимофеева, А. А. Герберг ; под ред. В. С. Глушанко. – Витебск : ВГМУ, 2016. – 177 с.: ил.
2. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/ru/>. – Дата доступа: 28.11.2017.
3. Здоровый образ жизни и его составляющие / В. С. Глушанко [и др.] ; под. ред. В. С. Глушанко. – Витебск : ВГМУ 2017. – 301 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УНИВЕРСАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Рубанова О.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. В государственных медицинских организациях Беларуси, в соответствии с действующим законодательством, реализовано право оказывать медицинские услуги на платной основе. Помимо этого, в медицинской сфере лечебно-профилактическим организациям и физическим лицам разрешено осуществлять предпринимательскую деятельность при условии прохождения процедуры лицензирования. Заметим, что ни одна общественная система здравоохранения в мире не обходится без дополнительных источников финансирования, которые привлекаются сверх выделяемых бюджетных средств.

Разнообразие финансовых ресурсов поспособствовало изменениям в белорусской системе здравоохранения: организации, получив возможность осуществлять коммерческую деятельность, стали более самостоятельными. Таким образом, начал формироваться рынок медицинских услуг [1].

Министерством здравоохранения совместно с Министерством финансов и Министерством труда и социальной защиты выработана единая согласованная позиция по организации материального стимулирования труда работников, оказанных платных медицинских услуг в свое основное рабочее время.

Цель. Рассмотреть теоретические вопросы и определить возможности использования механизмов ценообразования при оказании платных медицинских услуг (на примере Республики Беларусь) пациентам с болезнями системы кровообращения.

Материал и методы. Посредством системного подхода и анализа экспертных оценок реализовать экономический и сравнительный методы.

Результаты и обсуждение. С экономической точки зрения медицинская услуга, как и любой товар, обладает стоимостью, т.е. ценой. Цена – это денежное выражение стоимости услуги, достоверность и объективность определения которой зависят от ценовой политики государства. Она фокусирует основные направления деятельности хозяйствующего субъекта и воздействует на экономику страны, уровень жизни населения. Ценовую политику можно рассматривать как совокупность принципов, методов, правил и регламентов по установлению цен услуги, что в последующем приводит к получению работниками необходимых материальных благ.

Таким образом, ценообразование – это совокупность организационных и методологических мер по определению цены на услуги, поступающие после их разработки в сферу обращения, в зависимости от себестоимости продукции (услуги, цен конкурентов, соотношения спроса и предложения и ряда других факторов). Ценообразование выражает интересы организаций здравоохранения и является экономическим инструментом в управлении его деятельности.

Определена стратегия ценообразования. Она зависит от целей медицинской организации: обеспечение выживаемости организации здравоохранения; максимизация текущей прибыли; завоевание доли рынка; изыскание дополнительных средств на развитие; стимулирование труда; переход на самофинансирование; обеспечение доступности медицинской помощи для большинства населения региона.

Установлены наиболее распространенные методы ценообразования: затратный, сравнительный, доходный, статистического моделирования.

Выделены определенные группы цен на медицинские услуги населению.

К ним относятся:

1. Бюджетные цены. Они используются медицинскими организациями до перехода на рыночные отношения. Величина их не зависит от реальных издержек организации здравоохранения. Они разрабатываются, исходя из формулы: цена единицы продукции = сумма расходов по смете / сумма единиц продукции. За единицу продукции могут приниматься отдельные медицинские услуги, законченный случай лечения, койко-день, прикрепленный к поликлинике пациент и т. д.

Бюджетные расценки используются для проведения расчетов между организациями одной территории (внутрисистемные цены) или подразделениями одной организации (внутриструктурные цены). При расчете бюджетных цен классическая формула ценообразования по затратной модели не используется, себестоимость и прибыль не выделяются. В связи с этим данные цены подходят для финансирования целевых бюджетных программ оказания лечебно-профилактической помощи.

Действующее бюджетное законодательство предоставляет руководителям достаточно прав и возможностей по организации эффективной работы и распоряжению выделенными средствами.

2. Государственные цены состоят из фактических затрат медицинской организации, рассчитанные на основе норм и нормативов трудовых и материальных ресурсов, и прибыли (от 15 до 25 % от себестоимости).

3. Договорные цены утверждаются прямым договором исполнителя медицинских услуг и заказчика. Они включают в себя полные затраты на медицинскую помощь и сопутствующие работы, а также прибыль в размере, соответствующем интересам договаривающихся сторон.

4. Свободные цены на платные медицинские услуги формируются под влиянием ряда рыночных факторов: полезность и качество услуги, платежеспособность и компетентность пациента, состояние рынка, реклама и т. д. Такая цена обуславливается всеми законами, действующими на развивающемся рынке услуг здравоохранения: спроса и предложения, конкуренции, денежного обращения [2].

На сегодняшний день подлинно рыночными являются свободные цены. В ценообразовании наиболее распространено определение цены по затратам производителя (издержкам). В настоящее время в здравоохранении Республики Беларусь используется так называемая затратная модель ценообразования (зарубежный аналог этого метода носит название «издержки + прибыль»). Формула расчета цен по этой модели имеет следующий вид: $\text{цена} = \text{себестоимость продукции (товаров, услуг)} + \text{нормативная или расчетная прибыль} + \text{налоговые отчисления} + \text{надбавки (скидки к цене)}$.

Также действует единая методика расчета цен на платные медицинские услуги, утвержденная Инструкцией о порядке регулирования тарифов на платные медицинские услуги, при этом цены отдельных организаций могут различаться, как различаются сами предприятия, их ресурсы и используемые методы. Целью негосударственных медицинских структур является получение максимальной прибыли путем реализации медицинских услуг населению. Следовательно, формирование цен будет основано на анализе спроса и предложения [3,4,5].

Выводы.

1. Вопросы ценообразования приобретают особую актуальность в связи с расширением частного сектора в здравоохранении.

2. Механизмы ценообразования являются ключевым инструментарием для повышения эффективности деятельности организаций здравоохранения государственной и негосударственной форм собственности.

3. Универсальные механизмы ценообразования при оказании платных медицинских услуг применимы по отношению к пациентам с болезнями системы кровообращения.

Литература:

1. Якубович, В. И. Курс лекций по финансам социальной сферы / В. И. Якубович. – Минск : Изд-во БГЭУ, 2015. – 145 с.

2. Планирование, финансирование и ценообразование в здравоохранении / Е. И. Ткачёва [и др.] ; под ред. В. П. Дейкало / Витеб. гос. мед. ун-т. – Витебск : РИПЦ ВГМУ, 2011. – 217 с.

3. Островский, А. М. Маркетинг в здравоохранении / А. М. Островский, Т. М. Шаршакова / М-во здравоохр. Респ. Беларусь, ГомГМУ. – Гомель, 2015. – 51 с.

4. Тимофеева, А. П. Проблема ценообразования на рынке медицинских услуг в Республики Беларусь / А. П. Тимофеева, А. А. Герберг // Материалы 71 науч. сессии сотрудников ун-та, 27–28 янв. 2016 г. ; редкол.: С. А. Сушков [и др.]. – Витебск, 2016. – С. 385–387.

5. Глушанко, В. С. Медико-экономическая модель управления ресурсосберегающими технологиями в здравоохранении : моногр. / В. С. Глушанко, А. В. Плиш. – Витебск, 2005. – 234 с.

ПРОБЛЕМА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОТ ЭПОХИ АНТИЧНОСТИ ДО НАШИХ ДНЕЙ

Тимофеева А.П., Герберг А.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Интерес к онкологии обусловлен социальной значимостью проблемы и непрерывно прогрессирующим темпом роста числа онкологических заболеваний ежегодно. В результате высокой заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований наблюдаются большие экономические потери вследствие преждевременной смертности и выхода на инвалидность трудоспособного населения. По данным Международного Агентства по Изучению Рака (МАИР) заболеваемость злокачественными новообразованиями в Республике Беларусь находится на среднемировом уровне, уступая экономически развитым странам Запада, но сложившаяся ситуация быстро меняется, а потому актуальность данной проблемы возрастает [1, 2, 3].

За последние 30 лет показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями в Беларуси утроились, ежегодно увеличиваясь в среднем на 27,9%. В Республике Беларусь каждый год умирает четверть пациентов от